



Affix Administradora de Benefícios Ltda.
CNPJ nº 11.158.465/0001-91
Rua Dr. Bráulio Gomes, 36, 18º andar,
República, São Paulo/SP
CEP: 01047-020
ANS - nº 41.742-4

CONTRATO DE PLANO
DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE Nº _____
COLETIVO POR ADESÃO. _____



ANS - nº 34.037-1

Entidade: _____ Início da Vigência: _____

PROPONENTE TITULAR

| | | | | | |
|--|----|------------|-------------------------------|----------------------|------------------------|
| Nome (Completo) | | | | Data de Nascimento | |
| Município de Nascimento | | UF | RG | CPF | |
| Sexo () M () F | EC | Ocupação | Nº Declaração de Nascido Vivo | | Cartão do SUS |
| Nome da Mãe (Completo) | | | Nome do Pai (Completo) | | |
| Nome do responsável (se o titular for menor de 18 anos) | | | | CPF (do Responsável) | |
| Endereço Residencial | | | | Nº | Complemento |
| Bairro | | Cidade | | CEP | |
| Endereço Cobrança () O mesmo () Outro | | | | Nº | Complemento |
| Bairro | | Cidade | | CEP | |
| Telefone 1 | | Telefone 2 | | Telefone 3 | |
| () Autorizo a Affix a enviar os boletos apenas em formato digital, por e-mail | | | E-mail | | Mensalidade do Titular |

DEPENDENTE(S)

| | | | | | | |
|----------|------------------------|----|----|------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| 1 | Nome (Completo) | | | | Data de Nascimento | Sexo () M () F |
| | EC | GP | RG | CPF | Nº Declaração de Nascido Vivo | Cartão do SUS |
| | Nome da Mãe (Completo) | | | Nome do Pai (Completo) | | Mensalidade do Dep. 1 |
| 2 | Nome (Completo) | | | | Data de Nascimento | Sexo |
| | EC | GP | RG | CPF | Nº Declaração de Nascido Vivo | Cartão do SUS |
| | Nome da Mãe (Completo) | | | Nome do Pai (Completo) | | Mensalidade do Dep. 2 |
| 3 | Nome (Completo) | | | | Data de Nascimento | Sexo () M () F |
| | EC | GP | RG | CPF | Nº Declaração de Nascido Vivo | Cartão do SUS |
| | Nome da Mãe (Completo) | | | Nome do Pai (Completo) | | Mensalidade do Dep. 3 |
| 4 | Nome (Completo) | | | | Data de Nascimento | Sexo () M () F |
| | EC | GP | RG | CPF | Nº Declaração de Nascido Vivo | Cartão do SUS |
| | Nome da Mãe (Completo) | | | Nome do Pai (Completo) | | Mensalidade do Dep. 4 |
| 5 | Nome (Completo) | | | | Data de Nascimento | Sexo () M () F |
| | EC | GP | RG | CPF | Nº Declaração de Nascido Vivo | Cartão do SUS |
| | Nome da Mãe (Completo) | | | Nome do Pai (Completo) | | Mensalidade do Dep. 5 |

Sexo: F - Feminino | M - Masculino Estado Civil (EC): 1 - Solteiro | 2 - Casado | 3 - Viúvo | 4 - Separado | 5 - Divorciado | 6 - Outros Grau de Parentesco (GP): 1 - Cônjuge | 2 - Filho | 3 - Outros

VALORES

| | IDADE | VALOR TOTAL EM R\$ | | IDADE | VALOR TOTAL EM R\$ | | IDADE | VALOR TOTAL EM R\$ | VALOR TOTAL EM R\$ TITULAR + DEPENDENTES |
|---------|-------|--------------------|--------|-------|--------------------|--------|-------|--------------------|---|
| TITULAR | | | DEP. 2 | | | DEP. 4 | | | |
| DEP. 1 | | | DEP. 3 | | | DEP. 5 | | | |
| | | | | | | | | | |